Série 6 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 1

# DES RAPPORTS DE CERTAINES NÉVROSES

ET EN PARTICULIER

# DE L'ASTHME

avec les polypes muqueux du nez et avec les sténoses nasales en général.

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DÉCEMBRE 1883

PAR

J.-Gabriel MOURE

Né à Lapouyade (Gironde), le 20 Décembre 1856.

Examinateurs de la Thèse : MM. VERGELY, *président.* PITRES, *professeur.* DUDON, LANDE, *agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — Rue Montméjan — 17

1883

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549617_0069

Série 6 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 1

# DES RAPPORTS DE CERTAINES NÉVROSES

ET EN PARTICULIER

# DE L'ASTHME

avec les polypes muqueux du nez et avec les sténoses nasales en général.

# THÈSE

## POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DÉCEMBRE 1883

PAR

J.-Gabriel MOURE

Né à Lapouyade (Gironde), le 20 Décembre 1856.

**Examinateurs de la Thèse :** MM. VERGELY, *président.* — PITRES, *professeur.* — DUDON, LANDE, *agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — Rue Montméjan — 17

1883

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

**PROFESSEURS :**

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie | MM. | BOUCHARD. |
| Physiologie | | ORÉ. |
| Physique | | MERGET. |
| Chimie | | MICÉ. |
| Histoire naturelle | | GUILLAUD. |
| Pathologie générale | | VERGELY. |
| Pathologie interne | | DUPUY. |
| Pathologie externe | | AZAM. |
| Anatomie pathologique | | COYNE. |
| Histologie et anatomie générale | | VIAULT. |
| Médecine opératoire | | MASSE. |
| Pharmacie | | FIGUIER. |
| Thérapeutique | | DE FLEURY. |
| Hygiène | | LAYET. |
| Médecine légale | | MORACHE. |
| Médecine expérimentale | | JOLYET. |
| Matière médicale | | PERRENS |
| Clinique médicale | | PITRES. PICOT. |
| Clinique chirurgicale | | DENUCÉ. LANELONGUE |
| Clinique obstétricale | | MOUSSOUS. |
| Clinique ophthalmologique | | BADAL. |

**AGRÉGÉS EN EXERCICE**

| | | |
|---|---|---|
| MM. ARNOZAN, | MM. PIÉCHAUD, | MM. CARLES, |
| RONDOT, | LAGRANGE, | BLAREZ, |
| ARTIGALAS, | DUDON, | BERGONIÉ, |
| LANDE, | DEMONS, | PÉRIER, |
| BOURSIER, | TESTUT, | |
| LEFOUR, | PLANTEAU, | |

**MAITRES DE CONFÉRENCES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Accouchements | MM. LEFOUR. | Chimie et pharmacie | MM. CARLES. |
| Physique | BERGONIÉ. | Histoire naturelle | PÉRIER. |

**CLINIQUES ANNEXES**

| | | |
|---|---|---|
| Clinique médicale des enfants | MM. | NÉGRIÉ. |
| Clinique chirurgicale des enfants | | BITOT. |
| Maladies vénériennes | | VENOT. |
| Maladies mentales | | TAGUET. |

*Le Secrétaire de la Faculté,* F. LAMBERT DES CILLEULS.

---

**La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.**

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

**Témoignage de la plus sincère reconnaissance**

POUR LES GRANDS SACRIFICES QU'ILS SE SONT IMPOSÉS

*A mon frère*

LE Dr RÉMY MOURE

A MES FRÈRES CHARLES ET JULES

A MA SŒUR

A M. le Professeur LANELONGUE

*A mon Président de Thèse*

M. le Dr VERGELY

Professeur de Pathologie générale à la Faculté de Bordeaux.

# INTRODUCTION

Sur un terrain aussi fouillé que l'a été l'asthme, nous n'avons pas la prétention de communiquer des faits tout à fait inconnus, ou d'établir des idées absolument nouvelles. Cependant il est un point, dans la pathogénie de cette affection, qui n'a que peu ou point attiré jusqu'ici l'attention des auteurs, et que nous avons jugé à propos de bien déterminer. Nous voulons parler des relations étroites qui existent souvent entre l'asthme et les polypes muqueux du nez. Mais il ne nous est pas permis de limiter notre modeste travail à cet unique point de vue, dont l'horizon ne manquerait pas de paraître restreint, une fois connues les recherches encore toutes récentes, publiées dans les Revues étrangères, relativement à la coïncidence de certaines névroses avec les sténoses nasales. Ce n'est pas seulement au point de vue scientifique, mais c'est surtout afin de bien établir une voie qui se trouve, en mainte circonstance, sûrement ouverte à la thérapeutique, qu'il nous a paru intéressant de rapporter un certain nombre de faits précisément de nature à prouver, d'une manière irréfutable, les relations qui existent entre ces diverses affections. Souvent en effet, et les observations que nous aurons l'occasion de citer dans le cours de ce travail nous apprendront que les faits de ce genre ne sont pas rares, les polypes, de même que différentes sténoses nasales, donnent

lieu à des accès d'asthme, de toux ou d'éternuement spasmodique, et même à des attaques d'épilepsie. C'est alors que ces diverses affections, ordinairement si rebelles, trouvent une guérison radicale et, pour ainsi dire, instantanée dans le traitement chirurgical de ces excroissances. Nous avons vu, dans ces cas, une opération de quelques minutes faire plus que tous les traitements les mieux dirigés, et que tous les agents de la matière médicale dont usent journellement les malheureux asthmatiques en particulier, sans en obtenir le soulagement qu'ils demandent. Ainsi donc, bien établir les relations entre l'asthme et les polypes du nez, et chercher dans ceux-ci le point étiologique de cette première affection, c'est affirmer un véritable moyen thérapeutique. Aussi sommes-nous étonné que les auteurs qui se sont occupés de l'asthme, et qui ont fait une étude approfondie de son étiologie, n'aient absolument rien dit de sa coïncidence avec une maladie aussi fréquente que les polypes muqueux du nez. — Pour notre part, ayant été journellement mis en rapport, durant le cours de cette année, avec des malades atteints de polypes et de différentes sténoses nasales, nous avons été frappé de ce que quelques-uns de ces malades se plaignaient, en outre des symptômes habituels qui résultent de l'obstruction des narines, de véritables accès de dyspnée, qui se répétaient la nuit; et le tableau qui nous était fait chaque fois de ces manifestations respiratoires était, à ne pas s'y tromper, le tableau fidèle de l'accès d'asthme. C'est de cette façon que notre attention fut attirée sur ce point, qu'il nous a paru intéressant, à plus d'un titre, de bien définir.

Nous avons été guidé dans nos recherches par les conseils de notre excellent parent et ami le docteur E. J. Moure. Qu'il reçoive ici l'expression de nos plus sincères remerciements, pour les précieux conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer en cette circonstance.

Nous garderons aussi le souvenir du bienveillant concours de M. le docteur Coupard, de Paris, pour les intéressantes observations qu'il a bien voulu recueillir à sa consultation pour nous aider à établir notre modeste édifice.

# HISTORIQUE

Il faut remonter à l'année 1871 pour trouver le premier article qui ait été consacré aux rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez. C'est Voltolini, en Allemagne, qui, le premier, dans la 2e édition de son livre sur l'application de la galvano-caustie (1), cite deux observations parfaitement concluantes et tout à fait aptes à démontrer les rapports intimes qui peuvent relier les polypes nasaux et les accès d'asthme. Ses deux malades avaient guéri de leurs accès d'asthme après l'ablation de leurs polypes.

Quelques années plus tard, Hænisch (2) rapportait également deux nouvelles observations, dont la première mérite particulièrement notre attention. Son malade opéré à plusieurs reprises dans l'espace de dix ans, voyait ses accès d'asthme disparaître après chaque opération de ses polypes, et revenir chaque fois que ces derniers se développaient de nouveau.

Plus tard, en 1879, les docteurs A. Hartmann (3) et Schæffer (4) mentionnent chacun un cas, dans lesquels l'extirpation des polypes amena la guérison de l'asthme concomittant.

---

(1) Wien, 1871, pages 249 et 312.
(2) Berlin, clin. journ. hebd. 1874, page 503.
(3) Journ. méd. hebd. Allem. 1879, page 373.
(4) Hebd. méd. Allem. 1879, page 419, cas 12.

Dans ce même pays, Frænkel, dans une allocution faite à une réunion de la Société des médecins de Berlin, fait une étude plus approfondie de la question. Il a observé lui-même cinq malades dont la guérison rapide des accès d'asthme, après un traitement approprié des polypes, ne laisse aucun doute, au sujet des rapports qui existent entre ces deux affections. Il avait déjà communiqué, dans la première édition de son travail sur les maladies du nez (1), les deux premiers cas. Il fait suivre l'extirpation des polypes de la cautérisation du pédicule avec le galvano-cautère. Puis il termine par une étude pathogénique que nous prendrons en considération quand il s'agira d'expliquer le *modus faciendi* des végétations nasales dans la production de l'asthme.

Enfin le dernier mot qui a été dit dans les revues étrangères est de date toute récente. Il vient de faire au 31 décembre 1881 l'objet de toute une discussion à la Société médicale de Saint-Louis, en Amérique (2). Le docteur Mulhall prend le premier la parole, et présente un sujet atteint d'asthme et de polypes muqueux : une discussion vive s'engage à ce sujet entre lui et les docteurs Porter, Humbold, Fischel, Hughes, Green et Hurt.

Après avoir dit que les relations de l'asthme avec les maladies du nez, en tant que cause réflexe, avaient très peu attiré l'attention, l'orateur ajoute qu'il ne connaissait que deux cas rapportés dans la littérature médicale, l'un qui a été lu à la

---

(1) Manuel de pathol. spéciale. Liv. 4, première moitié, page 9. Ecrit 1876.
(2) St-Louis, méd. et surg. Journal, février n° 2, 1882.

réunion médicale du Missouri, et qui a paru dans les Rapports des Transactions pour 1881, et qui est l'œuvre du docteur Todd, de Saint-Louis; l'autre cité par le docteur Porter dans le New-York médical Record, Nov. 1879. Le docteur Porter rapporte plusieurs observations dans l'une desquelles les accès d'asthme se reproduisirent un certain temps après l'extirpation des polypes, en même temps que ceux-ci, jusqu'à ce qu'il eût cautérisé le point d'implantation des excroissances nasales, pour en prévenir toute récidive.

Quelques mois plus tard, le docteur Joal, Mont-Dore, étudiait cette influence des polypes muqueux du nez sur la respiration, et publiait au commencement de l'année 1882 un certain nombre d'observations personnelles, sous forme de mémoire, dans lequel il rappelait que Duplay, en France, avait déjà fait allusion à ces rapports : « Souvent, dans les cas de polypes muqueux, volumineux et anciens, on voit les malades affectés d'angines et d'amygdalites opiniâtres, plusieurs même deviennent sujets à des accès d'asthme » dit-il, dans son traité de pathologie externe.

Un peu après, le docteur Jacquin (1) rapporte un cas, qu'il compare à ceux du docteur Joal, quoiqu'il fût moins probant.

Tout récemment enfin, Löwe, de Berlin (2), et W. Hack, de Fribourg (3), tout en faisant mention de l'influence des polypes nasaux sur la production de l'asthme, reconnaissent

---

(1) Gazette des Hôpitaux, 3 juin 1882.
(2) Allgim. medicin. central zeitung, n° 76, 1882.
(3) Berlin. Klin. Woschensch, n° 25, 1882.

en outre la grande importance des affections nasales en général dans les différentes névroses. C'est ce qu'avait aussi compris Hunter Mackensie, d'Edimbourg, en ne faisant porter toutefois ses recherches qu'au point de vue de la production de l'asthme (1).

Le dernier mot vient d'être dit sur cette question, à la Société de laryngologie d'Amérique, dans sa séance du 21 mai dernier. Le docteur Louis Elsberg, de New-York, rapporte à la sténose nasale des cas de perte de la mémoire, de dépression et d'autres phénomènes nerveux. De concert avec le docteur Seiler, il cite des cas de chorée grave, guéris par le traitement de l'affection du nez dont paraissait dépendre la maladie nerveuse. Le docteur Roé insiste surtout sur l'asthme, et sur la fièvre des foins, avec une observation à l'appui de son opinion. Pour lui, cette dernière affection dépendrait toujours d'une maladie du nez.

---

(1) Edimbourg medical journal. February, 1883, p. 689.

# CHAPITRE I

## Etiologie. — Pathogénie.

### a. Etiologie.

Ce qui prouve le mieux le rapport étiologique, entre la présence de polypes du nez et l'asthme, c'est cette guérison de l'asthme assujettie à la disparition des polypes : sublatâ causâ, tollitur effectus. Dans les cas où l'asthme se trouvait lié à la présence de polypes, aucun traitement n'a réussi à guérir les accès d'asthme que l'opération et qu'une cure radicale de ces excroissances. C'est ce que nous ont révélé les observations qu'il nous a été donné de recueillir, et en particulier celle dont parle le docteur Porter, et que nous ne saurions passer sous silence. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter textuellement le passage qui touche à cet article (1) :

OBSERVATION I

Il s'agit d'un homme de moyen âge, bien constitué, sans état héréditaire, autant que j'ai pu m'en informer, qui était atteint d'un asthme persistant. Ces paroxysmes étaient plus intenses la nuit et un peu plus par les temps froids. Après examen, je découvris que la cavité du nez

(1) New-York, Medic. Record, nov. 1879.

était obstruée par de petits polypes. La muqueuse était très susceptible, de telle sorte que l'inhalation de substances irritantes causait l'asthme immédiatement. L'introduction d'une sonde couverte de coton touchant ces polypes cause un paroxysme intense, et comme alors il n'y avait pas de cas mentionné, à l'exception du cas qui avait été le point de départ des essais publiés en Europe, j'hésitai à dire que les polypes étaient la cause de l'asthme. Mais l'expérience acquise par ce cas me l'enseigna.

Naturellement une des premières choses à faire, à part un traitement général (j'essayai de le traiter par le traitement ordinaire de l'asthme) était d'extirper les polypes, c'est ce que j'essayai de faire avec l'acide chromique et par l'introduction de fers. Mais cela causa tant de douleur et d'irritation que j'eus recours à l'emploi du forceps ordinaire, et je les fis ainsi disparaître. Je ne cautérisai point la base; et maintenant vient un point intéressant. Aussitôt que les polypes furent extirpés, l'asthme disparut entièrement, et pendant trois mois environ, il n'y eut pas récidive. Les polypes reparurent, et avec eux l'asthme. Voulant examiner le cas d'une manière plus exacte, je les extirpai une seconde fois, mais encore sans en cautériser la base. Les polypes reparurent et l'asthme aussi. La chose n'était pas suffisamment examinée, et la prochaine fois que les néophasmes reparurent, je mis une forte solution d'acide chromique sur toute la partie de la muqueuse où naissaient les excroissances. Il n'y eut plus dès lors récidive des polypes ni de l'asthme.

Hænisch avait aussi en 1874 rapporté un cas qu'il nous paraît intéressant de rappeler en quelques mots. Il s'agit d'une demoiselle de vingt-trois ans, qui avait depuis dix ans des polypes muqueux du nez avec complication d'accès d'asthme. Une première fois nous voyons l'opération des excroissances

amener la disparition des accès, qui se renouvelèrent aussitôt que les polypes reparurent, et nous les voyons de nouveau disparaître après une seconde extirpation. Enfin encore une fois l'accès d'asthme se montre avec une nouvelle multiplication des polypes, et ce n'est qu'après une extirpation renouvelée d'une manière parfaite que nous les voyons disparaître pour toujours.

En considérant ces faits, nous sommes forcé d'admettre qu'il ne s'agit pas ici d'une coïncidence fortuite, temporaire, mais d'un véritable rapport de cause à effet.

Cependant nous nous garderons bien de dire que toutes les fois qu'il y aura irritation de la muqueuse nasale, même une irritation continuelle et persistante comme celle qui est l'effet de la présence de polypes, il devra y avoir accès d'asthme. Loin de nous une semblable assertion. Car s'il est vrai que ces excroissances déterminent quelquefois des accès d'asthme, combien de fois nous est-il arrivé de rencontrer des malades atteints de polypes et qui n'ont jamais eu le moindre symptôme du côté de la respiration? Sans aller chercher ailleurs une explication de cette coïncidence, il est une chose qui frappe d'abord dans la lecture de nos observations, c'est qu'il est fait une grande part à un état général spécial de nos malades. Presque tous sont sujets depuis déjà longtemps à des inflammations chroniques des voies respiratoires, à des névralgies, rhumes de cerveau et coryzas interminables, à une diathèse spéciale enfin que nous appellerons avec Bazin, Pidoux, Besnier, etc., du nom d'arthritisme. Ainsi donc qu'une néoplasie, telle que les

polypes muqueux, vienne à se produire chez un individu assujetti à une affection constitutionnelle, telle que l'arthritisme, et nous supposons qu'il en serait de même des diathèses goutteuses, rhumatismale ou herpétique, et l'accès d'asthme aura une grande tendance à se manifester, sur un terrain aussi bien préparé, et qu'il a tant en prédilection. Dans ces cas, les polypes jouent simplement le rôle de cause occasionnelle. On pourrait presque dire que l'asthme existe déjà à l'état latent, et, pour nous servir de la spirituelle expression du docteur Joal, en parlant des polypes, c'est alors la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Nous complèterons l'étiologie de cette affection, en énumérant les diverses lésions du nez, qui peuvent venir en cause dans le sujet que nous traitons, et celles-ci agiront surtout lorsqu'il y aura sténose nasale, due à une obstruction permanente, de quelque nature qu'elle soit. Bien plus, nous ne craignons pas de dire qu'il ne faille point croire que ce soit le seul fait de la présence des polypes muqueux dans la cavité du nez, qui produise l'asthme, mais aussi peut-être l'obstruction des fosses nasales et partant la gêne respiratoire qu'ils occasionnent. Aussi nous retrouvons les mêmes accès occasionnés par toute autre affection que les polypes. Telles sont tout d'abord les hypertrophies de la muqueuse du nez, certaines déviations de la cloison, les corps étrangers, les rhinolithes produits par les matières concrescibles du mucus nasal, et qui, soit par l'obstruction permanente, soit par les phénomènes d'irritation qu'ils déterminent, peuvent donner naissance au réflexe respiratoire. De

même agirait la présence dans les fosses nasales d'animaux parasites, comme cela a été vu. Nous citerons aussi les diverses tumeurs des fosses nasales, que l'on rencontre plus ou moins rarement, le cancer, le sarcome, l'adénome, l'ostéome, et il en serait ainsi des inflammations aiguës de la muqueuse nasale, des coryzas et de ces rhumes de cerveau interminables dont nous trouvons si souvent la cause dans la présence de polypes muqueux. Tels seraient sur la respiration les effets de l'inspiration d'une substance irritante quelconque, même qui n'agirait que sur le sens de l'odorat, sans produire un effet direct sur les bronches ; et à cette occasion, nous citerons les douches et les injections de substances trop irritantes, ou même simplement les douches et les injections mal faites. Nous en trouvons deux cas tout à fait nets dans la brochure du docteur Joal;

OBSERVATION II

1° M. K..., âgé de 67 ans, vient nous consulter en 1877, au Mont-Dore. Ce malade est un vieil habitué de la station ; il suit son traitement thermal sans avoir ordinairement recours au conseil d'un médecin.

Catarrhe chronique; emphysème depuis de longues années ; accès d'asthme depuis quatre ans. Depuis plusieurs mois le malade s'enrhume fréquemment du cerveau ; pour se guérir de ces coryzas, il prend des douches nasales.

K... n'a pas eu de crises d'asthme depuis le mois de mars, lorsque, le 8 juillet, il fait une séance d'irrigation nasale de dix minutes de durée ; le soir, accès d'oppression. Le lendemain la dyspnée a disparu ; le malade prend une nouvelle douche, et, la nuit, a un autre accès d'asthme, très violent. Il nous fait appeler.

Nous supprimons l'usage de la douche naso-pharyngienne. Les crises n'ont pas reparu pendant le cours de la saison.

OBSERVATION III

2° Jeune femme de 28 ans qui vient au Mont-Dore en 1878. Elle est affectée de coryzas fréquents ; elle a eu trois accès d'asthme depuis le mois de mars ; depuis lors, pas de trace d'oppression. A l'auscultation et à la percussion, pas de signes de catarrhe bronchique ni d'emphysème. Muqueuse pituitaire hypérémiée, épaissie, surtout au niveau de la cloison du côté droit. Catarrhe naso-pharyngien, légère coloration grisâtre des cordes vocales inférieures, en un mot inflammation chronique de la partie supérieure des voies respiratoires. Nous prescrivons, en outre du traitement ordinaire, des douches naso-pharyngiennes.

Aussitôt après la première irrigation du nez, la malade est prise d'étouffements, de céphalalgie intense, de sensation de brûlure au niveau des sinus frontaux, de larmoiements et de picotements dans les yeux.

Pendant la nuit, accès d'asthme des plus violents, et continuation pendant deux jours des accidents dyspnéiques, avec paroxysmes nocturnes.

Dans ces deux faits, l'asthme est bien le résultat de l'irritation nasale, amenée par l'emploi de la douche naso-pharyngienne.

Nous ne croyons pas, en effet, qu'on puisse trouver dans le polype lui-même la cause ou plutôt le point de départ de la manifestation réflexe. Ces excroissances, formées de tissu muqueux, sont entièrement dépourvues de nerfs, et partant indolentes. On doit donc chercher ailleurs l'origine de l'excitation réflexe, Le docteur Seiler, de Philadelphie, estime que les polypes muqueux du nez sont le résultat d'une hypertrophie limitée de la muqueuse nasale recouvrant les cornets, et d'une dégénérescence myxomateuse de cette dernière.

D'un autre côté, le docteur Mackensie, de Baltimore, est persuadé qu'il existe une zone parfaitement circonscrite, dont l'irritation artificielle ou pathologique a pour conséquence de produire une série de phénomènes réflexes, et que cette zone est située dans la portion de la muqueuse qui recouvre la partie postérieure du cornet inférieur. L'auteur a même réussi à produire des quintes violentes de toux laryngée, en touchant simplement, à l'aide du rhinoscope, l'extrémité postérieure du cornet inférieur, chez une personne dont le nez était absolument sain. Nous parlerons aussi d'une théorie proposée par le docteur Roé tout récemment, à propos de l'asthme de foin, qui semble en plus d'un point, susceptible d'une comparaison pathogénique identique à celle de l'asthme que nous étudions. Il décrit, d'après le professeur Bigelow, de Boston, sur les cornets inférieurs et sur la cloison, un tissu très vasculaire, analogue au tissu érectile des corps caverneux, et qu'il nomme *turbinated corpora cavernosa*. Supposez ce tissu vivement irrité, et vous aurez les accidents de l'hay fever, qui ne seraient qu'un ensemble de réflexes ayant pour point de départ la muqueuse nasale.

Nous ne croyons pas qu'il soit encore permis de se rattacher à aucune de ces théories exclusivement, et nous réservons toute formule de lois à l'observation d'un plus grand nombre de faits.

Nous dirons donc, pour nous résumer, que les diverses lésions du nez peuvent occasionner des accès de dyspnée; et c'est surtout lorsqu'il y a sténose ou irritation permanente de la muqueuse pituitaire, de quelque nature qu'elle soit. Faut-il que l'obstruction ou que l'irritation siège en un point déter-

miné de la muqueuse nasale ? C'est ce que nous dirons un peu plus loin.

### b. Pathogénie

Dans l'étude pathogénique de notre sujet, nous commencerons par dire tout d'abord que nous n'attribuerons pas d'une manière exclusive la production des accès d'asthme à l'occlusion des narines, et au seul fait que le passage de l'air est plus ou moins complètement empêché. Il nous suffira en effet de rappeler le cas de ce malade de Fraenkel (1) se plaignant d'accès d'asthme qui le tourmentaient la nuit, et qui le forçaient à se lever plusieurs heures; et comme il attribuait lui-même ces désordres à quelque chose qu'il avait dans le nez, comme il disait, Fraenkel, après avoir fait l'examen de la poitrine, procéda à un examen minutieux des cavités nasales, et finit par découvrir un polype muqueux qui n'était pas plus gros qu'une fève, et qui prenait apparemment son origine sur le côté gauche de la cloison du nez. Après l'avoir extirpé avec l'anse métallique, il cautérisa son pédicule au galvano-cautère, et le malade fut guéri et put désormais dormir tranquille.

Il est évident que cette excroissance ne suffisait pas, à elle seule, pour obstruer les cavités nasales de façon à empêcher le passage de l'air.

Nous n'oublierons pas que le même médecin ayant été appelé à donner des soins à un employé des postes, tourmenté

(1) Berlin. Klin. Wochensch. 1881, nº 16.

par des accès d'asthme, et ayant remarqué qu'il nasonnait fortement, fit l'examen rhinoscopique et constata, dans l'une et l'autre narine, un grand nombre de polypes muqueux. Dans la première séance, il n'enleva que le plus gros, qui avait 0,04 centim. de longueur, et 0,03 centim. de largeur, avec un pédicule de 0,015 millim., qui prenait insertion sur le cornet moyen, en haut et en avant. Le lendemain, le malade revint le voir, enchanté, de son meilleur état, disant qu'il n'avait pas dormi en paix depuis plusieurs mois, et que maintenant il se sentait revivre. Cependant il nasonnait toujours autant, et la respiration par le nez était loin d'être rétablie. Ce dernier résultat ne fut tout à fait obtenu, en même temps qu'une guérison complète de l'asthme, que lorsque, après plusieurs séances, Fraenkel l'eut débarrassé de tous les autres polypes, et qu'il eût cautérisé le point d'implantation au galvano-cautère. Ici comme dans le premier cas, nous ne voyons pas qu'on puisse attribuer à l'occlusion du nez la production des accès d'asthme, puisque ceux-ci disparaissaient avant que le passage de l'air ne fût rétabli.

Sans vouloir méconnaître l'influence fâcheuse d'une obstruction nasale sur l'acte de la respiration, nous devons dire que, pour expliquer la production de l'asthme par les polypes du nez, il est inutile de prendre en considération les conséquences mécaniques du rétrécissement de la voie aérienne. Nous nous garderons bien de méconnaître l'action importante de la respiration nasale sur l'air inspiré. Tout le monde connaît en effet le rôle physiologique de la muqueuse du nez, de cette muqueuse

particulièrement riche en sang et en chaleur, et celui de ces nombreux replis et de ces canaux étroits qui constituent les fosses nasales. Evidemment le bénéfice que la respiration peut tirer de toutes ces parties est anéanti par une obstruction de ces cavités. Nous ne pouvons omettre de dire que la gêne respiratoire qui résulte de l'obstruction des narines doit amener une accumulation d'acide carbonique dans le cerveau, et par suite des troubles consécutifs des centres respiratoires de la moelle allongée. Mais nous renvoyons ces phénomènes à un autre ordre d'idées, comme n'appartenant pas au cadre que nous nous nous sommes tracé; et si l'asthme se lie, dans ces circonstances, à la sténose nasale, ces cas viendront mieux en parallèle avec les autres affections qui frappent la partie supérieure des organes respiratoires, et dans lesquelles on observe la même relation de l'asthme, sans empêchement mécanique de la respiration.

C'est par la même raison que nous écarterons la pensée de la propagation d'un processus inflammatoire quelconque jusque dans les bronches; et on pensera encore moins, comme cela a été soutenu pour le catarrhe naso-pharyngien si souvent accompagné d'emphysème et d'asthme, que les polypes des amygdales ou leur hypertrophie soient la conséquence d'une obstruction qui partirait du poumon, par un système de continuité dû au réseau veineux profond.

On peut encore expliquer la relation des deux affections qui nous occupent par l'influence nerveuse.

Différentes théories ont été émises sur l'essence de l'asthme.

Les uns l'ont attribué à un catarrhe aigu : mais nous ne pouvons admettre une semblable théorie. L'apparition subite de l'asthme, son extension rapide dans tout le poumon, l'absence presque complète d'expectoration dans la plupart des accès et surtout dans le début de l'accès dans les premiers, la disparition momentanée d'une grande difficulté de respirer, ne se laissent pas expliquer par la supposition d'un catarrhe. Celui qui a eu une fois l'occasion d'observer, chez un asthmatique, un catarrhe considérable, distinguera nettement ces deux états morbides. Traube qui a été le promoteur de cette théorie qui veut que l'asthme soit sous la dépendance d'un catarrhe aigu des petites bronches, finit par concéder qu'il est possible qu'il faille chercher la cause du catarrhe dans l'affection des nerfs vasomoteurs de la muqueuse bronchique, concession qui fait absolument tomber sa théorie.

Les autres ont cherché l'essence de l'asthme dans une crampe du diaphagme ou des muscles qui président à l'inspiration. Il n'est pas permis de nier qu'une telle crampe puisse se produire dans l'asthme, mais ce n'est pas elle qu'on doit considérer comme cause déterminante des accès. Elle n'explique en effet ni les rétrécissements qui nous sont révélés dans l'attaque par les râles sibilants, surtout dans les bronches moyennes, ni ce fait qui, bien qu'il soit rare, a été cependant plus d'une fois observé, que quelquefois un seul poumon, ou prépondérément un poumon est affecté isolément.

Il ne nous reste plus pour l'explication de l'asthme que deux hypothèses. La première, qui date de longtemps, a été soutenue

de nos jours par Biermer, en Allemagne : elle consiste à rapporter l'asthme à une contracture des petits muscles bronchiques; la seconde à attribuer cette affection à un gonflement inflammatoire de la muqueuse bronchique, causé par des influences vaso-motrices. Dans ces deux théories, l'asthme se trouve sous la dépendance d'une influence purement nerveuse, et elles sont parfaitement propres à expliquer les symptômes de suffocation qui se montrent en corrélation avec les polypes muqueux du nez. En effet, nous savons que la membrane pituitaire et le reste de la muqueuse du nez sont innervés, d'une part, par les filets de l'olfactif, d'autre part, par ceux du sphéno-palatin externe, du naso-palatin, du filet ethmoïdal du rameau nadal de la branche ophthalmique de Willis. Qu'une irritation se produise à ce niveau, et par voie centripète, elle gagnera les centres nerveux, et y arrivera par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique. Enfin, arrivée au bulbe, elle se trouve transmise par voie centrifuge aux muscles de la respiration, en donnant lieu à l'action réflexe. C'est par la même façon d'agir que, dans l'asthme essentiel, une irritation des terminaisons nerveuses du pneumogastrique dans les petites bronches, se transmet par les fibres sensitives de ce nerf jusqu'à sa racine, et, de là, va déterminer une action réflexe sur les muscles de la respiration, et provoquer les phénomènes qui caractérisent l'accès d'asthme. Dans l'un et l'autre cas, l'irritation part des dernières ramifications du nerf vague.

Il nous est facile maintenant de nous expliquer clairement comment les polypes muqueux du nez, en déterminant, prin-

cipalement au niveau de leur pédicule, une irritation plus ou moins vive des terminaisons nerveuses, peuvent donner naissance à une dyspnée qui n'est autre que celle qu'on observe dans l'asthme.

Les belles expériences de MM. Schiff et P. Bert n'ont-elles pas prouvé du reste l'influence réflexe toute particulière qui se manifeste sur la respiration, après avoir fait des irritations mécaniques, chimiques et thermiques, sur la muqueuse des fosses nasales ?

Disons en terminant que nous supposons que les polypes peuvent, par action réflexe, produire non seulement des accès d'asthme, mais aussi quelquefois des crises d'éternuement spasmodique; et il vient même d'être mis hors de doute, dans diverses communications faites, l'une au commencement de cette année par le docteur W. Hack (de Fribourg), l'autre à la séance du 21 mai 1883, de la Société de Laryngologie d'Amérique, par les docteurs Elsberg (de New-York), Mackensie (de Baltimore), et Seiler (de Philadelphie), que ces phénomènes réflexes peuvent être de nature extrêmement variée. C'est ainsi que, d'après le premier auteur, les affections nasales peuvent donner lieu à des éternuements et à une toux spasmodiques, à des accès de spasme de la glotte, et même à des accès d'épilepsie, comme l'a démontré le docteur Löwe (de Berlin), par un fait on ne peut plus concluant, dans un cas d'hypertrophie de la muqueuse nasale (1). On a vu enfin des crises de névralgies,

(1) Allgem. medicin. central Zeitung, n° 70, 1882.

déterminées par les maladies du nez, et le docteur Bayer (de Bruxelles), a bien voulu nous communiquer à ce sujet une série d'observations que nous aurions pu reproduire. Il s'agit de malades qui sont tourmentés par de violentes migraines, revenant par accès, et que rien ne peut calmer. L'examen rhinoscopique révèle un catarrhe chronique, avec ou sans hypertrophie de la muqueuse des cornets. Des injections nasales et des attouchements au galvano-cautère guérissent l'affection nasale, et les accès de migraine ne reviennent plus.

Le docteur Roé insiste surtout sur l'asthme et sur la fièvre des foins : cette dernière serait toujours la conséquence d'une maladie du nez; et à l'appui de son opinion, il rapporte une observation de fièvre des foins guérie par l'ablation d'un cornet hypertrophié.

Nous avons eu nous-même la bonne fortune de rencontrer, à la clinique du docteur E. J. Moure, un cas d'éternuement spasmodique, causé non pas par des polypes muqueux, mais par une hypertrophie inflammatoire de la membrane muqueuse du nez.

Avant de terminer ce paragraphe, il nous reste à signaler une théorie émise récemment, au point de vue de la localisation d'un centre irritatif, pour toute lésion susceptible de phénomène réflexe, en dehors duquel le phénomène ne pourrait avoir lieu.

# CHAPITRE II

## Symptomatologie.

Quand l'accès d'asthme vient compliquer les polypes muqueux, il devient souvent alors le symptôme prédominant et le plus à charge au malade. Il est donc important de bien définir ce qu'on entend par accès d'asthme, et de faire un tableau fidèle de cette affection.

C'est ordinairement la nuit que l'accès se produit. Le malade s'est couché comme d'habitude, le sommeil est venu naturellement et dure déjà depuis une ou plusieurs heures : rien ne fait présager une nuit qui doit être si troublée; lorsque peu à peu la sensation du besoin de respirer le réveille incomplètement : il y a en ce moment une lutte plus ou moins prolongée mais courte habituellement, entre le sommeil et des sensations mal définies. C'est alors que survient tout à coup une véritable anxiété respiratoire ; subitement le malade se sent étouffer, il a soif d'air, et prend instinctivement une attitude propre à favoriser les mouvements respiratoires. Il ne peut rester étendu et s'assied sur son lit; puis il se lève et tantôt se laisse tomber sur une chaise, les coudes appuyés sur un meuble, tantôt il cherche dans une agitation factice le moyen de faciliter l'entrée de l'air dans les voies aériennes devenues sèches et brûlantes. Cependant son anxiété augmente, il se lève, marche dans la chambre, ouvre précipitamment les fenêtres, et, s'appuyant sur le rebord, il aspire avec avidité l'air frais du dehors. Mais les

mouvements respiratoires ne peuvent se faire, ou du moins sont très lents; ils se composent d'une inspiration extrêmement difficile et pénible, puis d'une expiration prolongée, dont la durée dépasse jusqu'à quatre et cinq fois celle de l'inspiration. Cette expiration est sifflante, et elle constitue par sa durée et son sifflement le vrai signe caractéristique de l'asthme. Du reste la respiration s'accompagne d'une sibilance sèche et bruyante, qu'on entend à distance, pendant les deux temps de la respiration, et plus particulièrement pendant l'expiration. Quant aux poumons, ils sont pendant ce temps dilatés outre mesure, débordent par en bas, en repoussant le diaphragme qui présente une véritable convulsion tonique ou tétanique, accompagnée ordinairement du spasme des autres muscles respiratoires. Une sonorité anormale, à la percussion, est la conséquence de l'excès d'air dans les vésicules pulmonaires, et il n'est pas rare de voir l'asthme se compliquer d'emphysème. Le murmure respiratoire est affaibli dans toute l'étendue du poumon, et masqué par la production de râles sibilants ou ronflants extrêmement étendus et à timbre sec.

Enfin quand l'attaque a duré un certain temps, de quelques minutes à des heures entières, le sifflement devient moins sec, il se manifeste une petite toux qui devient peu à peu plus facile : c'est là un des phénomènes avant-coureurs du déclin de l'attaque : puis quelquefois une expectoration, plus ou moins abondante selon la durée de l'accès, de crachats en petits fragments et composés d'une matière à consistance très marquée. Cepen-

dant il faut dire qu'il est un certain nombre de cas d'asthme où il n'existe pas d'expectoration immédiate.

Nous passons sous silence tous les autres symptômes de l'asthme qui ne sont qu'une conséquence de la gêne respiratoire, nous voulons parler des signes du côté de la circulation et des organes digestifs. Nous n'avons en effet qu'un but en faisant la symptomatologie de cette affection, c'est de bien démontrer que, dans les observations que nous aurons à citer, nous nous trouvons réellement en présence d'une dyspnée essentiellement asthmatique, et non pas en présence d'une dyspnée consécutive à une maladie du cœur ou des poumons, ou à une dyspnée organique quelconque.

Voici l'ordre dans lequel les symptômes se présentent ordinairement : un individu fatigué depuis longtemps par des rhumes de cerveau continuels ou des crises d'éternuements, sent d'abord la respiration nasale un peu gênée, surtout par les temps humides ; et quelquefois il n'a pas souffert de la moindre oppression, lorsque tout à coup éclate un accès d'asthme, qui se répètera à des intervalles plus ou moins rapprochés. Et ce n'est que longtemps après, souvent, que l'attention est attirée du côté des fosses nasales : et si l'examen rhinoscopique n'est pas fait, on peut ignorer longtemps la cause qui produit ces accès, jusqu'à ce que l'on soit frappé un jour des corrélations et des coïncidences qui existent entre les accès et les symptômes qui s'accentuent du côté du nez. On peut en juger par les observations suivantes qu'a publiées le docteur Joal :

## OBSERVATION IV

X..., homme de 42 ans, vigoureusement constitué, a eu la syphilis, a suivi un traitement et n'a pas vu reparaître d'accidents ; marié et père de deux enfants bien portants.

Mère asthmatique morte à 52 ans, après avoir eu les jambes enflées ; père rhumatisant.

Tempérament arthritique, figure couperosée ; douleurs de reins ; urines fréquemment chargées ; a eu plusieurs fois du torticolis et douleurs rhumatismales.

Depuis dix ans, sujet à de fréquents rhumes de cerveau, et des coryzas répétés qui, en 1876, s'accompagnèrent de violents maux de tête et d'éternuements ; il s'aperçut bientôt qu'il avait la narine gauche à peu près obstruée. Fumigation d'eau phéniquée et vésicatoires au bras gauche, suivis d'une amélioration. Absence d'examen du côté des fosses nasales.

Mais bientôt retour des symptômes primitifs supportés patiemment par le malade, lorsqu'en octobre 1878, à la suite d'un léger refroidissement, la respiration par le nez devient impossible : au milieu de la nuit, étouffement subit et véritable accès d'asthme qui dura deux heures : au bout de deux mois, nouvel accès, moins fort que le premier, le malade ayant brûlé de la poudre Cléry. Il prit bientôt après un rhume, et pendant près d'un mois eut de l'oppression jour et nuit, avec quelques paroxysmes nocturnes. Enfin, au mois de mai 1879, coryza violent et véritables accès d'asthme.

Vient au Mont-Dore, au mois de juillet 1879, se plaignant d'une grande difficulté de respirer par le nez : voix nasonnée ; rien au poumon ni au cœur.

Examen des fosses nasales, au moyen du speculum de Duplay ; narine gauche complètement obstruée par une masse polypeuse. Du côté droit,

un petit polype implanté sur le cornet moyen. Écrasement et ablation des polypes avec des pinces de moyen calibre, et en une dizaine de séances, nettoiement complet des fosses nasales.

Pendant l'hiver 1879-1880, X... a eu de nombreux coryzas avec maux de tête et éternuements, mais pas de crises d'asthme : au mois de juin seulement le nez est de nouveau bouché et le malade a de nouvelles crises d'asthme.

En août 1880, constatation de nombreux polypes remplissant les deux narines, surtout à gauche : opération qui fut suivie de cautérisation avec une solution concentrée d'azotate d'argent.

Le malade revu par hasard le 10 novembre 1881, n'a pas eu de crise d'asthme; coryzas moins nombreux et moins intenses.

## OBSERVATION V

Madame T..., 41 ans, tempérament arthritique : teint coloré, douleurs de reins; urines chargées.

S'enrhume du cerveau depuis l'âge de 25 ou 26 ans : enchifrènement et gêne respiratoire à la suite des plus légers refroidissements. Ces phénomènes durèrent longtemps ; en présentant toutefois des périodes d'acuité, avec crises d'éternuements, qui arrivèrent jusqu'à quinze et vingt dans la même journée; le nez était alors assez souvent bouché.

En 1873, respiration pénible et gênée : au moindre effort, respiration courte et haletante; puis apparition de crises d'étouffement la nuit, s'accompagnant de respiration sifflante.

En 1874 enfin, les crises d'asthme ayant augmenté d'intensité et la sténose nasale étant complète, elle consulta un spécialiste qui constata des polypes dans le nez. Arrachement des tumeurs avec la pince : amélioration de la respiration, et amendement des crises d'étouffement.

Depuis lors les polypes furent souvent arrachés, et chaque fois l'opération fut suivie d'une amélioration.

Lorsque la malade vient à la clinique du docteur Fauvel, de Paris, au mois de septembre, on constate de gros polypes dans les deux fosses nasales. Destruction au galvano-cautère en deux séances; opération qui fut suivie d'une guérison complète. La malade, revue au moins de décembre suivant, se considère comme tout à fait guérie.

Nous avons indiqué l'ordre dans lequel les symptômes se présentent ordinairement. Cependant il faut bien dire que tous les accès d'asthme ne se montrent pas avec une telle intensité, et qu'il existe des accès de dyspnée moins violents, et dans lesquels le malade est moins agité.

A côté des symptômes de l'asthme, nous croyons utile d'indiquer sommairement les particularités qui pourraient mettre sur la voie du diagnostic étiologique pour les autres affections. Pour cela, nous allons passer en revue les diverses affections susceptibles de déterminer de pareils accès. Après les polypes muqueux, nous trouvons, par ordre de fréquence, les hypertrophies de la muqueuse nasale, dont nous reproduisons plus loin une observation personnelle. Le réflexe respiratoire se manifeste de la même façon que pour les polypes, et il est bon de noter, en passant, qu'il est quelquefois facile, à moins d'être tout à fait familiarisé avec l'examen rhinoscopique, de confondre avec des polypes une simple hypertrophie. Nous citerons encore la déviation de la cloison, qui, lorsqu'elle est considérable, et surtout qu'elle occupe simultanément les deux côtés, peut entraîner des accidents assez sérieux, tel que un état inflammatoire chronique de la muqueuse pharyngo-nasale, qui se communique souvent aux trompes d'Eustache et aux cavités

tympaniques. Puis les corps étrangers de toute nature, et il faut se rappeler que souvent le malade ne met nullement sur la voie du diagnostic : on sait en effet que, dans bien des cas, le malade avale un corps étranger qui pénètre dans les voies respiratoires, et qui, à la suite d'un violent effort, est projeté du côté des fosses nasales, où il se loge dans quelque recoin, pour y rester quelquefois des années, sans révéler sa présence. Ces corps étrangers, au bout d'un certain temps, deviennent méconnaissables ; et on trouve alors une masse irrégulière, de consistance friable, encroûtée de sels calcaires, à résistance en général faible. Ce sont alors de véritables rhinolithes, avec lesquels on doit les confondre. Dans ces cas, le malade ressent d'abord un peu de gêne et d'obstruction; il éternue fréquemment, puis les phénomènes s'amendent ; et ce n'est que plus tard, lorsque le corps étranger, par suite des différentes couches de stratification, est devenu considérable, que des troubles plus sérieux surviennent. C'est alors un enchifrènement continuel, un obstacle au passage de l'air, et finalement des troubles de la sensibilité olfactive, épistaxis répétées, sécrétions nasales plus ou moins abondantes. La douleur, sans être constante, est quelquefois caractéristique : douleur sourde, profonde, gravative, d'autres fois à caractère névralgique.

Nous citerons enfin le coryza subaigu et surtout le coryza chronique, qui s'accompagne de troubles fonctionnels, tel que l'augmentation ou la diminution de la sécrétion normale, l'altération des produits sécrétés, gêne de la respiration, et diminution ou perte du sens de l'odorat.

# CHAPITRE III

## Marche, Durée, Terminaison, Pronostic.

S'il est vrai que cette double affection ne compromette pas immédiatement l'existence, on peut dire cependant qu'une affection ausssi incommode et fatiguante que la gêne respiratoire du nez, se trouve atteinte d'une sérieuse complication lorsqu'elle donne lieu à des accès d'asthme. Sans doute l'ablation des polypes entraîne presque toujours la disparition des manifestations respiratoires, mais pas il ne faut oublier que les accès peuvent persister longtemps encore, surtout lorsque l'opération des néoplasmes a été trop tardive. Et s'il est ordinairement facile d'enlever un polype et de prévenir son retour ou sa multiplication, il n'est guère de traitement radical à instituer contre les accès d'asthme eux-mêmes, lorsque précisément ils se manifestent sur un terrain aussi apte à les recevoir et les conserver que la diathèse arthritique, si favorable en même temps au développement des polypes.

Il convient donc éminemment d'opérer au plus vite les polypes du nez, surtout lorsqu'il s'agit, comme presque toujours, de personnes arthritiques ou sujettes aux manifestations diathésiques, sans attendre qu'il se produise un phénomène réflexe du côté des poumons. On évitera de la sorte une affection aussi pénible que l'accès d'asthme, et, de plus, tous les désordres qui sont la conséquence de la répétition fréquente de ces accès,

tels que la bronchite et la bronchorrée chronique, et surtout l'emphysème pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, cette complication des polypes une fois établie, il ne faut rien attendre de la nature, et tant que subsiste la cause des accès, tant que les polypes viendront, par leur présence, irriter la muqueuse nasale et provoquer le phénomène réflexe, les accès d'asthme se manifesteront avec une persistance de plus en plus grande.

Ces deux affections se trouvent dès lors liées l'une à l'autre, et, ce qu'il est vrai de dire de la marche et de la durée des polypes, sera vrai aussi pour l'asthme.

Aussi nous ne craignons pas de dire qu'il ne faut point prendre pour des phénomènes inquiétants les symptômes réflexes qui viennent compliquer la sténose nasale : il ne deviendraient graves qu'autant que l'affection nasale serait de nature incurable, ce qui n'est le cas ni des polypes muqueux, ni de l'hypertrophie des cornets, ni de la présence de corps étrangers, et en général d'aucune des maladies que nous avons citées. Nous n'hésiterons donc pas à dire que, dans presque tous les cas, le pronostic est bénin.

# TRAITEMENT

La conséquence des idées contenues dans ce travail, au point de vue du traitement, nous amène à diriger notre intervention tout d'abord contre la cause, dès qu'il nous a été permis de la constater chez les asthmatiques ou dans les différentes névroses dont nous avons parlé. Avant donc de songer à traiter l'asthme, il convient de procéder à une complète ablation des polypes qui obstruent la cavité nasale.

L'arrachement, telle est la méthode que nous préférons: non l'arrachement classique avec la pince, méthode cruelle et barbare, que nous devons repousser autant qu'il est possible. En effet cette dernière méthode n'est pas seulement cruelle, mais elle n'est pas absolument à l'abri de tout danger : on a vu des accidents consécutifs à l'arrachement, tels que hémorrhagie, inflammation du canal nasal, ou même, ce qui est plus grave, du sinus frontal; enfin, la phlébite suppurée même a été observée, ainsi que la fracture de la lame criblée de l'ethmoïde. Mais ces complications ne doivent pas trop assombrir le tableau, ni effrayer outre mesure le chirurgien prudent et avisé; car elles sont infiniment rares, et on peut dire que, dans la plus grande majorité des cas, l'arrachement est une opération inoffensive. Nous avons vu journellement employer avec avantage, à la Clinique du docteur E. J. Moure, l'anse métallique, qui permet souvent de saisir le polype par son pédicule, de le serrer à la

façon d'un serre-nœud et de l'amener au dehors. Nous n'avons réservé la pince à polypes que pour les cas où les néoplasmes étaient trop profondément situés et absolument inaccessibles pour l'anse.

Parmi les instruments pecfectionnés et aptes à rendre de réels services, nous signalerons le polypotome de Wilde, et en particulier le polypotome de M. J. Baratoux qui n'est qu'une modification du premier, sur lequel il a plusieurs avantages. La description en a été faite dans la Revue Mensuelle du docteur E. J. Moure (1).

Mais il reste une chose essentielle à faire, une fois l'ablation terminée et la circulation de l'air parfaitement rétablie par les narines; c'est de combattre la récidive des néoplasmes, qui reviennent quelquefois avec une incroyable et désespérante persistance. Le moyen qui nous a paru de donner le plus de succès, et que nous avons vu employer à la Clinique du docteur E. J. Moure, est la cautérisation du pédicule ou de tous les pédicules au galvano-cautère. Cette cautérisation a non seulement l'avantage, croyons-nous, d'empêcher la repullulation des polypes, mais encore d'amener une résolution de la membrane muqueuse hypertrophiée.

C'est dire que nous appliquerions le même traitement à l'hypertrophie simple, aux papillomes, et aux tumeurs diverses qui sont susceptibles de faire naître toute sorte de névrose par action réflexe.

---

(1) Revue mensuelle de Laryngologie nº 2, 1882.

Nous terminerons cette étude par une série d'observations dont quelques-unes nous sont personnelles; les autres nous ont été communiquées par M. le docteur Coupard, de Paris; d'autres enfin ont déjà été publiées par le docteur Joal.

OBSERVATION VI (*personnelle*).

B..., tailleur à Bordeaux, est âgé de 65 ans; ses antécédents héréditaires ne nous révèlent rien de particulier, et comme antécédents morbides, il n'accuse qu'une grande prédisposition aux rhumes de cerveau.

Depuis six ans, il est sujet à des accès de suffocation qui le réveillent la nuit. Ces accès sont devenus peu à peu plus fréquents, et depuis trois ans, ils se répètent toutes les nuits, l'obligeant à se lever pour aller respirer à la fenêtre. Le jour même il éprouve de la difficulté dans la marche, et est essoufflé à la moindre fatigue. C'est aussi vers cette époque qu'il a remarqué que la respiration par le nez commençait à devenir difficile, et dès lors cette difficulté a toujours été en augmentant. Son nez coule assez abondamment, et il nasonne fortement. Telles sont les raisons qui l'ont déterminé à venir consulter le docteur E. J. Moure, et c'est dans ces conditions qu'il se présente à sa clinique, le 26 mai 1882.

L'examen rhinoscopique nous révèle la présence de nombreux polypes qui obstruent les fosses nasales. A l'auscultation, rien de particulier, aucun signe d'emphysème.

Au moyen du polypotome de Wilde, le docteur Moure, débarrasse, en cinq ou six séances, le malade de ses polypes, et termine par la cautérisation au galvano-cautère.

A partir de ce jour, nous n'avions plus revu le malade, lorsque

dernièrement nous lui avons écrit pour le prier de venir nous voir. Il nous a racouté qu'il n'avait plus eu, depuis l'ablation de ses polypes, que de légers accès de suffocation, qui ne lui occasionnaient plus qu'une difficulté insignifiante dans la respiration. Il a eu en effet quelques accès qui durent bien moins longtemps qu'autrefois et dont l'intensité semble diminuer de plus en plus. Nous avons constaté que les polypes n'avaient pas récidivé, et en somme le malade se considère comme guéri.

OBSERVATION VII (*personnelle*).

Moran, 65 ans, sans profession, se présente à la clinique du docteur E. J. Moure, le 23 janvier 1883.

Son père, mort à l'âge de 79 ans, avait eu des polypes du nez qui furent opérés et guéris. Sa mère est morte à 96 ans ; son frère, mort à 60 ans, était sujet aux battements de cœur, il a une sœur vivante et en bonne santé.

Pour lui, il nous raconte qu'il a été de tout temps sujet aux battements de cœur. Déjà, à l'âge de quinze ans, alors qu'il était apprenti plâtrier, il fut obligé de cesser ce métier qui l'obligeait à monter des fardeaux. Puis il se fit tonnelier et put travailler jusqu'à l'âge de 30 ans, époque à laquelle il eut une fluxion de poitrine. Dès lors les battements de cœur et la gêne respiratoire furent tels qu'il abandonna tout travail pénible. Il avait environ 40 ans, lorsqu'il fut pris d'un rhume de cerveau ; son nez commença à couler, et bientôt il sentit qu'il ne pouvait plus respirer par le nez. En même temps il eut pour la première fois, la nuit, des accès de suffocation qu'il considère comme tout à fait indépendants de sa gêne respiratoire habituelle.

Il y avait environ deux ans que ces symptômes s'étaient manifestés lorsqu'il s'aperçut, en se rasant, qu'il avait quelque chose dans le nez. Il consulta alors un médecin, qui l'opéra, en une seule séance, de

nombreux polypes. L'opération fut suivie d'une guérison momentanée, durant laquelle les accès nocturnes de suffocation disparurent, en même temps que la respiration par le nez se trouva rétablie.

Mais cette amélioration ne dura guère que deux ans, et il y a douze ans environ, M. le docteur Dénucé le débarrassa de nouveaux polypes, en ne faisant toutefois qu'une ablation incomplète, par la faute du malade. Dès lors les excroissances se sont multipliées dans les deux narines, et les accès de suffocation sont devenus de plus en plus caractéristiques : ils se répètent actuellement presque toutes les nuits : il se lève en sursaut, marche dans sa chambre, ouvre les fenêtres pour respirer, jusqu'à ce que la crise soit terminée; c'est-à-dire pendant une demi-heure ou une heure.

Nous n'avons pu opérer le malade, car nous ne l'avons plus revu; mais nous supposons que notre intervention aurait pu lui être utile.

### OBSERVATION VIII (*personnelle.*)

Ribot, 44 ans, sans profession, se présente à la clinique du docteur E. J. Moure, le 5 décembre 1882.

Aucun antécédent héréditaire. A eu la fièvre typhoïde étant soldat, ainsi que la variole dont il a du reste parfaitement guéri.

Vers le mois de novembre 1881, il fut pris d'un rhume de cerveau très intense ; il était obligé de se moucher continuellement.

Depuis deux mois il était dans cet état, lorsqu'il commença à éternuer continuellement ; la nuit même il était réveillé par le besoin de se moucher ; son nez coulant abondamment, et il éternuait alors vingt et trente fois consécutivement. En même temps sa bouche était toujours sèche ; il dormait à peine depuis quelques instants, lorsqu'il était réveillé subitement par un besoin impérieux de respirer.

Il vit alors un médecin, qui lui ordonna des injections nasales de

racine de guimauve, et une poudre à priser. Puis au mois de juin dernier, il fit un voyage dans le Périgord où il demeura deux mois : il lui sembla qu'il souffrait beaucoup moins de ses accès nocturnes de dyspnée.

Néanmoins quand le malade vient nous consulter, le 5 décembre dernier, il ne trouve aucune amélioration dans son état.

L'état général du malade est assez bien conservé; et il ne se plaint guère que de douleurs rhumatismales, qu'il aurait contractées durant sa vie militaire en Afrique.

L'examen rhinoscopique nous fit voir un gonflement considérable de la muqueuse nasale, qui est rouge et sécrète un mucus considérable.

On lui prescrit des irrigations au bicarbonate de soude, et trois jours après, le 8 décembre, le docteur E. J. Moure fit un attouchement au galvano-cautère. Le malade vint quelques jours après, en nous accusant un peu de mieux. Nouvel attouchement au galvano-cautère, qui fut suivi de guérison.

Le malade est en effet revenu depuis nous voir : il respire très librement; son écoulement nasal est arrêté, et il ne lui arrive plus d'être réveillé la nuit.

Les observations qui suivent nous ont été communiquées par M. le docteur Coupard :

### OBSERVATION IX

Auguste Kabanet, 43 ans, fermier à Limours, vient me consulter pour une gêne très grande de la respiration, et un rhume de cerveau continuel, datant d'une dizaine d'années.

Le pays qu'il habite est très humide.

Pas d'antécédents diathésiques, ni chez lui, ni dans sa famille. Il accuse une fièvre typhoïde, qu'il eut vers l'âge de 14 ans.

Depuis un an environ, il entend des sifflements dans sa poitrine, et il lui arrive parfois, la nuit, d'être réveillé par des attaques de dyspnée légère. La respiration est courte : la marche rapide et l'ascension sont difficiles. Le malade est très nerveux : l'introduction du rhinoscope l'effraie à tel point que je suis obligé de lui démontrer sur son beau-frère qui l'accompagne, l'innocuité d'un pareil examen.

Dans chaque narine, des polypes muqueux, que j'arrache avec la pince ordinaire : quatre cautérisations au galvano-cautère à huit jours d'intervalle chacune.

Je revois le malade un mois après la dernière cautérisation. Sa respiration est normale, son rhume de cerveau a disparu; il marche et monte sans fatigue, dort bien sans être réveillé.

Plus de sibilance dans la poitrine. Un peu d'expiration prolongée.

## OBSERVATION X

M^me^ veuve T..., 63 ans, sans profession; pas d'antécédents de rhumatismes ni de goutte dans sa famille. Un oncle asthmatique.

A eu, vers l'âge de 30 ans, des douleurs rhumatismales. C'est aussi à peu près vers cette époque qu'elle commence à éprouver de l'enchifrènement, puis des accès d'asthme débutant d'abord la nuit, puis revenant à la moindre émotion.

*État actuel,* octobre 1882. Emphysème, bronchite catarrhale.

L'examen rhinoscopique fait découvrir des polypes muqueux dans les deux narines.

Opérée à trois reprises différentes, elle éprouve, après chaque opération, une légère amélioration. Mais la quantité de polypes enlevée chaque fois correspond au volume d'un haricot.

Depuis deux ans, les accidents pulmonaires sont devenus beaucoup plus intenses; l'état nerveux s'est accru, elle a eu quelques crises ner-

veuses, sans perte de connaissance, et, à la suite de l'une d'elles, un tremblement du bras gauche qui a persisté.

L'arrachement des polypes se fait au moyen des pinces. J'en enlève quatre très gros du côté droit, et un gros et deux petits du côté gauche, puis sur le conseil et selon l'habitude de mon maître, le docteur Ch. Fauvel, je cautérise les points d'implantation au galvano-cautère.

Opérée depuis deux mois, la malade, toujours emphysémateuse, respire cependant plus librement, et n'a pas d'accès d'asthme ni de crises nerveuses. Aucun traitement général n'a encore été fait.

## OBSERVATION XI

J. M..., âgé de 45 ans, graveur, se présente à la clinique du docteur Fauvel en mai 1882.

« Il y a cinq ans, me dit-il, que je suis traité pour des coryzas rebelles qu'aucun traitement n'a pu faire disparaître. » Ni rhumatisme ni goutte chez ses ascendants.

Jusque il y a huit ans M... n'a jamais été malade. A cette époque, il contracte une bronchite qui dure une partie de l'hiver.

A partir de cette époque, il respire avec plus de difficulté, il entend, surtout lorsqu'il est couché, des sifflements dans sa poitrine.

Quelque temps après le début de son premier coryza, ces symptômes d'essoufflement, de gêne de la respiration augmentent, et, la nuit, vers une heure du matin, il se réveille en proie à une anxiété extrême, puis une quinte de toux se déclare, toux tellement violente, me dit-il, que tout son corps est secoué et se recouvre d'une sueur abondante.

Cela dure une demi-heure, trois quarts d'heure quelquefois, et si au début, pour respirer avec plus de facilité, il sort de son lit, il a toutes les peines du monde à se retenir pour ne pas tomber, et le sang lui monte à la tête, et il ne voit plus clair.

Tels sont les accès que le malade éprouve, surtout lorsque la température est humide.

En hiver, par les froids secs, en été, par les chaleurs sans orage, M... trouve un changement très notable dans sa situation.

A l'examen rhinoscopique, je trouve un polype énorme dans chaque narine, descendant jusqu'à un centimètre de l'orifice. L'examen rhinoscopique postérieur est impossible, le voile du palais s'accolant au pharynx.

L'arrachement des deux polypes permet d'en apercevoir plusieurs autres plus petits que j'enlève dans une séance suivante, avec le serre-nœud.

Je cautérise ensuite les points d'implantation avec le galvano-cautère.

Ces cautérisations ont pour but, non seulement d'éviter la repullulation des polypes, mais encore d'amener une résolution de la muqueuse hypertrophiée.

M... va beaucoup mieux. Sa respiration par le nez se fait facilement. Ses nuits sont calmes, c'est à peine si, de temps en temps, il est réveillé par une légère quinte de toux. Mais il entend toujours sur sa poitrine les mêmes sifflements que lors de sa bronchite.

L'examen de la poitrine fait entendre une respiration prolongée mais moins accentuée qu'au début, et des râles sibilants et ronflants en bien moins grande abondance.

## OBSERVATION XII

M^lle^ E..., rue Richet, Paris, 45 ans.

Pas d'antécédents diathésiques dans sa famille.

Atteinte de polypes du nez depuis douze ans, polypes restés ignorés pendant trois ans, se traduisant par un coryza continuel et une gêne

très grande de la respiration, avec augmentation pendant les temps humides.

Vers la fin de la deuxième année, accès d'asthme assez éloignés, traités sans aucun résultat.

Les polypes enlevés, l'asthme disparaît.

Deux ans après, réapparition des polypes et de l'asthme; nouvelle opération. Même résultat.

Les polypes repoussent encore, mais la malade, redoutant une nouvelle opération, attend longtemps, c'est-à-dire environ deux ans, alors que les accès d'asthme sont devenus intolérables.

Il y a trois ans, les polypes obstruant complètement les fosses nasales, la malade consent encore à une nouvelle opération, dont elle retire un calme absolu pendant un an.

Puis la respiration nasale disparaît de nouveau; l'asthme se reproduit, accompagné d'emphysême : sibilance dans toute la poitrine.

Depuis trois mois, la malade reste à la chambre; elle dort assise. L'ascension est impossible, quelques marches seulement l'anéantissent.

Je suis appelé près d'elle le 18 janvier 1883.

Hypertrophie considérable des cornets et de la muqueuse de la cloison. J'aperçois cependant de chaque côté, en avant, une petite masse translucide, que je touche avec un stylet, pour bien m'assurer que j'ai affaire à des polypes.

Rien dans les fosses nasales postérieures. L'extraction par le serre-nœuds est impossible, vu l'étroitesse du canal. Avec les pinces, en bec de canard, j'enlève un gros polype de chaque côté, deux ou trois petits du côté droit, et six du côté gauche.

Deux jours après, je revois la malade; elle respire mieux, ses crises d'asthme et son emphysème sont notablement diminués. Depuis, j'ai fait des attouchements au galvano-cautère, et sur les cornets hypertrophiés et sur les points d'implantation des polypes.

12 février. Je revois la malade; elle monte assez facilement au premier étage. Depuis deux jours son état s'est très heureusement modifié, ses nuits sont bonnes et ses râles sibilants ont en grande partie disparu. Pas de traitement interne.

Je continuerai les cautérisations au galvano-cautère, non seulement pour empêcher les polypes de se reproduire, mais encore pour atrophier un peu la muqueuse de la cloison et celle des cornets.

## OBSERVATION XIII

M. X..., colonel d'artillerie en retraite, 68 ans, n'a jamais été malade.

En 1876, à Besançon, pendant l'hiver, il contracte un rhume de cerveau qui dure tout l'hiver. Sécrétion très abondante. Au mois d'avril, son rhume semble disparaître, mais, à la moindre humidité de l'atmosphère, il reparaît pour quelques jours avec autant d'intensité.

Les hivers suivants, le coryza se reproduit et est d'autant plus intense que la saison est plus humide.

Les étés suivants, il est moins persistant et ne dure que quelques jours.

L'année dernière (octobre 1881), le malade est pris, pendant la nuit, d'un accès de suffocation très pénible. Il est réveillé subitement, se lève sur son lit, soulève les bras pour mieux respirer, est obligé de se lever et de marcher, ce qui calme un peu son malaise, sans cependant le soulager complètement. L'accès disparaît dans la matinée, pour se reproduire toutes les nuits, pendant un mois, après le premier sommeil (nous dit le malade) c'est-à-dire vers minuit, à une heure du matin. Et chaque nuit, la crise est aussi intense.

Plusieurs fois déjà le malade avait consulté pour cette rhénité, mais aucun médecin n'avait réussi à le calmer.

En présence de cette insomnie d'un mois, de ces crises d'asthmes continuelles, M. X... consulte de nouveau, et le médecin auquel il s'adressa découvre, dans les deux narines, plusieurs petits polypes muqueux qu'il enlève aussitôt.

Le malade éprouve, pendant quelques jours, un grand soulagement; la respiration est libre, l'asthme a disparu.

Mais cet amendement n'est que de courte durée : quinze jours après, les mêmes phénomènes se reproduisent, mais les accès d'asthme sont cependant beaucoup moins intenses, moins fréquents, et sont remplacés par une sécheresse très grande de la gorge, qui force le malade à boire plusieurs fois durant la nuit. Les urines examinées ne donnent aucune trace de sucre.

Octobre 1882. Le malade est adressé à M. Fauvel, qui lui enlève plusieurs polypes, et qui, après cette extraction, cautérise au galvanocautère les points d'implantation.

M. X... respire librement; les nuits sont bonnes, et la soif intense des derniers temps a disparu.

Les accès d'asthme étaient donc bien dus aux polypes muqueux du nez, et leur manifestation s'est produite au mois d'octobre, époque des plus pluvieuses de l'année, c'est-à-dire alors que les polypes étaient le plus volumineux.

## OBSERVATION XIV

M. R..., ancien officier, âgé de 62 ans, vient au Mont-Dore le 23 juillet 1881 pour combattre un catarrhe bronchique. Il a déjà fait deux saisons en 1872 et 1874. Il est arthritique, a eu autrefois de violentes migraines, gravelle, hémorrhoïdes; il est en outre couvert de douleurs rhumatismales qui se montrent surtout dans les membres inférieurs.

Aucun antécédent, soit du côté du père, soit du côté de la mère.

Jusqu'à l'âge de 40 ans, il s'est toujours très bien porté, est resté douze ans en Afrique sans jamais avoir été malade; en 1878 il a commencé à s'enrhumer du cerveau; les coryzas sont devenus répétés, très fatigants; il avait de véritables crises d'éternuements; puis il s'est mis à tousser les hivers, et à expectorer des crachats épais, il a eu la respiration d'abord gênée, puis sont survenus des accès d'asthme nettement caractérisés.

Le malade nous dit formellement que l'asthme était le résultat de l'occlusion des fosses nasales par des polypes muqueux; ces polypes ont été opérés onze ou douze fois par les docteurs Fauvel, Libermann, Tournié. Lorsque le passage de l'air se faisait librement par le nez, c'est-à-dire après les opérations, les accès dyspnéiques cessaient à peu près complètement pour reparaître dès que les fosses nasales étaient de nouveau remplies par les tumeurs.

Au moment où nous voyons M. R... la respiration par l'une ou l'autre narine ne se fait pas trop mal; nous apercevons du côté droit deux polypes gros comme des pois, l'un pédiculé, s'insérant sur le cornet inférieur; à gauche une production de couleur blanchâtre du volume d'un noyau de cerise. Catarrhe naso-pharyngien, granulations et varicosités sur la muqueuse de la gorge. A l'auscultation diminution notable du bruit vésiculaire, râles muqueux moyens, au tiers inférieur des deux côtés, surtout à droite; à la percussion sonorité exagérée, c'est-à-dire catarrhe chronique et emphysème.

Le malade quitte le Mont-Dore après avoir fait une cure thermale des plus sérieuses, et nous l'engageons vivement à ne pas trop tarder à faire enlever ses polypes.

## OBSERVATION XV

A... est marchand de vin. C'est un homme de 48 ans, de haute taille, solidement charpenté. Tempérament arthritique. Il a eu des douleurs

rhumatismales, de forme vague dans toutes les parties du corps ; lumbago à diverses reprises. Perte précoce des cheveux. Pellicules à la tête. Migraines violentes. Aucun antécédent de famille, le sujet n'a jamais fait de grande maladie.

En 1877 il constata que des rhumes de cerveau, qui se manifestaient de temps en temps, étaient devenus plus fréquents ; les coryzas duraient plus longtemps, ils s'accompagnaient de fortes douleurs de tête à la région frontale ; la respiration nasale était parfois difficile, surtout les jours où le temps était humide, où la pluie tombait, où il y avait du brouillard.

Le malade avait la gorge sèche, il avait quelques petites quintes de toux, et crachait des mucosités peu abondantes, mais n'avait jamais eu la moindre oppression, lorsqu'au milieu de 1878 il est tout à coup réveillé une nuit : l'air lui manque, il ne peut respirer. Il s'asseoit sur son lit, puis se lève et court ouvrir la fenêtre, il étouffe comme si on lui comprimait la poitrine ; c'est un accès d'asthme. Des crises semblables se produisent quatre ou cinq fois dans l'espace d'un mois, et en dehors des accès, le malade est essoufflé, il marche peu et lentement, il ne peut monter les escaliers que péniblement.

Pendant une année, il y eut des alternatives d'aggravation et d'apaisement dans les symptômes, de nombreuses crises d'asthme tourmentèrent le malade ; des coryzas incessants avec des éternuements violents et spasmodiques venaient continuellement augmenter l'intensité des phénomènes dyspnéiques lorsqu'en juillet 1879 le malade s'aperçut que ses voies nasales étaient complètement obstruées. Il vient alors à la clinique de la rue Guénégaud, et consulte le docteur Coupard. Les fosses nasales sont remplies de masses polypeuses, de couleur grisâtre, qui empêchent le passage de l'air par le nez ; la muqueuse pituitaire est rouge et épaissie. Au rhinoscope l'on voit que la membrane qui tapisse l'arrière cavité du nez est un peu enflammée. A l'auscultation de la poitrine, quelques sibilances, pas de signes d'emphysème ; rien au cœur.

Au moyen de pinces, le docteur Coupard enleva au malade, en quatre ou cinq séances, une dizaine de polypes muqueux gros comme de petites amandes ; puis des cautérisations furent faites avec de la poudre de pyrèthre, de la liqueur de Vilatte, et, enfin, à l'aide du galvano-cautère. Le malade, qui était très essoufflé lorsque l'on commença à pratiquer l'ablation des tumeurs, vit après la troisième séance la respiration s'améliorer; au bout de quelques jours la dyspnée avait disparu, le malade avait repris ses occupations ordinaires, l'activité lui était revenue.

Les accès d'asthme ne se sont plus manifestés; les polypes n'ont pas reparu.

Au moment de mettre sous presse, nous lisons dans un journal de Berlin (*Deutsche Medizinal-Zeitung,* 22 novembre 1883) le compte-rendu d'un travail de Masini (de Genève). C'est une nouvelle confirmation de tout ce que nous avons dit; aussi nous ne négligerons pas d'en faire mention.

L'auteur raconte qu'il vient de constater trois cas tout à fait aptes à prouver les rapports de l'asthme avec les maladies du nez. Une femme de 40 ans, était tourmentée par des accès d'asthme, qui la forçaient à s'asseoir sur son lit la nuit. Il constate, à l'examen rhinoscopique, une hypertrophie diffuse de la muqueuse nasale. Gonflement œdémateux qui détermine une obstruction complète des cavités nasales. Par une irritation qu'il produit avec un stylet recouvert d'ouate, il détermine une exagération momentanée de la dyspnée. Traitement par une légère solution de nitrate d'argent, de plus en plus concentrée. Puis, après quelques semaines, application du galvano-cautère. Trois mois après, la malade est complètement guérie.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 34 ans. La dyspnée a disparu après l'extraction d'un polype. Emploi du galvano-cautère pour empêcher la récidive. Guérison complète.

Enfin, un homme de 40 ans, chez lequel il constate un gonflement

de la muqueuse pituitaire, avec granulations, ce qui détermine une obstruction complète des cavités nasales, naturellement peu développées chez l'individu. Depuis sa jeunesse, il avait de grands accès de dyspnée. Traitement par solutions de nitrate d'argent de plus en plus concentrées, pendant trois semaines; amélioration consécutive, qui s'accentua encore plus après sept ou huit cautérisations au galvanocautère. Les accès ne reviennent plus aussi souvent et ont diminué d'intensité. La guérison n'a pu être complète à cause d'une complication d'emphysème pulmonaire.

Disons, en terminant, que dans la 56$^{me}$ réunion des naturalistes et médecins allemands de Fribourg en Bade, le docteur K. Hack a été l'auteur d'un rapport des plus intéressants.

Il parle d'abord de ce fait, pour la première fois bien expliqué par Quincke, que bien des gens sont souvent atteints, surtout à la suite d'un refroidissement, d'œdème limité de la peau, d'un caractère passager. Il prétend que la cause doit en être recherchée dans l'excitation de la muqueuse pituitaire. Sous l'influence du froid ou d'une irritation quelconque de cette membrane, il se produit une action réflexe se portant sur les nerfs vaso-dilatateurs de certaines parties circonscrites de la peau. Chez des individus prédisposés, il a pu, en irritant certaines parties de la muqueuse pituitaire, produire des œdèmes de la peau, et, en détruisant ces parties de la muqueuse pituitaire, il a guéri des malades atteints spontanément de cette affection, et prévenu définitivement leur retour.

Il prétend ensuite que certaines autres affections rhumatismales sont aussi sous la dépendance de la muqueuse pituitaire; chez les uns, la contracture douloureuse des muscles de la nuque, chez d'autres, des irritations du nerf optique, des névralgies de la cinquième paire, ou du plexus cervico-brachial, chez d'autres enfin, des rhumatismes articulaires aigus, avec exudation séreuse, et toujours par irritation des vaso-

dilatateurs correspondants, à la suite de laquelle, dans le premier cas, il se produit une hyperhémie avec exsudation dans les muscles de la nuque, dans le second cas dans le névrilemme des nerfs correspondants, et en dernier lieu dans les articulations. Et pour prouver ce qu'il avance ci-dessus, il s'appuie sur ce fait, qu'il a pu faire paraître expérimentalement ces différentes manifestations rhumatismales, en excitant certains points de la muqueuse pituitaire, et les faire disparaître en détruisant ces points. On sait, au reste, qu'à la suite du simple cathétérisme de la muqueuse uréthrale, il peut survenir une arthrite aiguë siégeant le plus souvent sur l'articulation du genou. — Ce rapport entre la muqueuse pituitaire et certaines affections rhumatismales le conduit aux conclusions suivantes :

« On peut guérir par un traitement chirurgical (portant sur la muqueuse pituitaire) non seulement certaines inflammations catarrhales des muqueuses, les œdèmes rhumatismaux de la peau, les rhumatismes musculaires, les névralgies rhumatismales qui sont d'origine réflexe, mais encore les rhumatismes articulaïres aigus, et en un mot un grand nombre d'affections de toutes les plus obscures qui ont pour cause le refroidissement. »

Vu bon à imprimer :
*Le Président de Thèse,*

Dr P. VERGELY.

Vu par le Doyen de la Faculté

Dr DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,*

H. OUVRÉ.

# QUESTIONS DE THÈSE

*Anatomie :* Du nerf trijumeau.

*Physiologie :* Des propriétés de la salive et du rôle du système nerveux sur la sécrétion de la salive.

*Chimie :* Acide acétique et oxalique ; leurs principaux dérivés.

*Histoire naturelle :* Des organes de la circulation chez les reptiles.

*Pathologie externe :* L'ergotisme gangréneux.

*Pathologie interne :* Effets généraux des maladies du cœur.

*Pathologie générale :* Hypérémie mécanique ou de compensation.

*Histologie et anatomie générale :* Estomac. Suc gastrique.

*Anatomie pathologique :* Des épithéliomas.

*Médecine opératoire :* Du traitement chirurgical et orthopédique du torticolis.

*Pharmacologie :* Des bouillons médicinaux.

*Matière médicale :* De la valériane et de l'acide valérianique.

*Thérapeutique :* Des agents paralyso moteurs en thérapeutique.

*Hygiène :* De l'alimentation insuffisante.

*Médecine légale :* De la responsabilité au point de vue civil et criminel.

*Accouchements :* Données fournies par l'auscultation dans le diagnostic de la grossesse.

7269. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.